



BEILAGE ZUR FACHZEITSCHRIFT SOZIALE SICHERHEIT
ERSTELLT DURCH DAS INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN, IHS HealthEcon
Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Health System Watch



Health Workforce: Status quo und neue Berufsbilder

Thomas Czipionka, Markus Kraus, Monika Riedel, Gerald Röhring*

Zusammenfassung

Das Personal im Gesundheitswesen als wichtigste Ressource bedarf aufgrund der langen Ausbildungszeiten der Planung, wohingegen in manchen Gesundheitsberufen schon der Status quo kaum festzumachen ist. Bezüglich des Skill-Mix zeigt Österreich eine arztlastige Versorgung und weist viele international übliche Berufsbilder nicht auf, die nicht nur aus Kostengründen, sondern auch aufgrund des epidemiologischen Wandels entstanden sind. In vielen Ländern arbeiten beispielsweise Nurse Practitioners Hand in Hand mit niedergelassenen Ärzten in der Versorgung der Patienten, die die höhere Betreuungsintensität zu schätzen wissen. Im Bereich Public Health Nursing zeigen sich positive Erfahrungen mit der präventiv arbeitenden Family (Health) Nurse und der School Nurse, die anders als der Schularzt auch eine intensivere psychosoziale Betreuung der Schüler wahrnehmen kann und Schülern hilft, Krankheit und schulisches Leben zu vereinbaren. Die internationalen Erfahrungen mit diesen Modellen sind durchaus positiv. Eine differenzierte Übertragung auf Österreich könnte helfen, nicht nur die Effizienz in der Leistungserbringung zu steigern, sondern auch in einigen Bereichen die Betreuungsqualität zu heben. Voraussetzung ist, dass Kompetenzen ausbildungsadäquat verteilt werden, diese dann aber auch weitgehend selbstständig innerhalb multidisziplinärer Zusammenarbeit ausgeübt werden dürfen.

Einleitung

Der Gesundheitsbereich gilt als personenbezogene Dienstleistung mit all ihren Vor- und Nachteilen. So sind die Produktivitätszuwächse unterdurchschnittlich, und der Baumol'sche Effekt¹ spielt nachgewiesenmaßen eine Rolle bei den Problemen der Gesundheitsfinanzierung (Hartwig 2008).² Umgekehrt bietet der Gesundheitsbereich weitgehend krisenunabhängige und zukunftsichere Arbeitsplätze. In einer Studie des IHS³ wurde errechnet, dass aufgrund der wirtschaftlichen Verflechtungen mit anderen Sektoren durch laufende Ausgaben, Investitionen und Exportwirtschaft im In- und Ausland zusammen 574.264 Vollzeitäquivalente in Beschäftigung gesetzt werden. Auf der Mikroebene ist der Gesundheitsbereich in der Leistungserbringung durch komplexe persönliche Interaktionen sowie durch ausgeprägt hochqualifizierte Arbeitskräfte gekennzeichnet, wobei beides große Bedeutung für den tatsächlichen Outcome haben dürfte. In diesem Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Menschlichkeit stellt sich die Frage, in welcher Weise neue Berufsbilder qualitative Verbesserungen bzw. sinnvolle Einsparungen mit sich bringen. Wir haben uns die Evidenz angesehen und werden ausgehend vom Status quo neue Berufsbilder und deren internationale Anwendung vorstellen.

Gesundheitsberufe in der Statistik – Eine Suche

Die vollständige Erfassung der Beschäftigten im österreichischen Gesundheitswesen stellt seit jeher eine Herausforderung für Statistiker und Gesundheitsökonomien dar, obwohl die Planungsnotwendigkeit einer so zentralen Ressource aufgrund der langen Ausbildungszeit groß ist und eine bessere Erfassung nahelegen würde. Im Zuge der sogenannten „Operation 2007“ fand in den letzten Jahren eine umfas-

* Alle: Institut für Höhere Studien
Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czipionka@ihs.ac.at.
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>.

- 1 Der Baumol'sche Effekt beschreibt das Phänomen, dass sich in arbeitsintensiven Wirtschaftsbereichen Lohnniveau und Produktivität nicht parallel entwickeln. Lohnsteigerungen orientieren sich im allgemeinen an den Produktivitätssteigerungen. Da aber in einigen personalintensiven Wirtschaftsbereichen, wie z. B. dem Gesundheitswesen, kaum (messbare) Produktivitätssteigerungen zu verzeichnen sind, steigt dort das Lohnniveau und damit die Kosten in diesen Bereichen gewissermaßen entkoppelt von ihrer Produktivitätsentwicklung.
- 2 Hartwig, J. (2008): What Drives Health Care Expenditure? – Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited. Journal of Health Economics (3), 603–623.
- 3 Schnabl, A., Czipionka, T., Dippenaar, S., Müllbacher, S., Röhring, G., Skrivaneck, I., Weberberger, I. (2009): Wertschöpfungseffekte des Wirtschaftssektors Gesundheit. Projektbericht.

Zusammenfassung

Einleitung

Gesundheitsberufe in der Statistik – Eine Suche

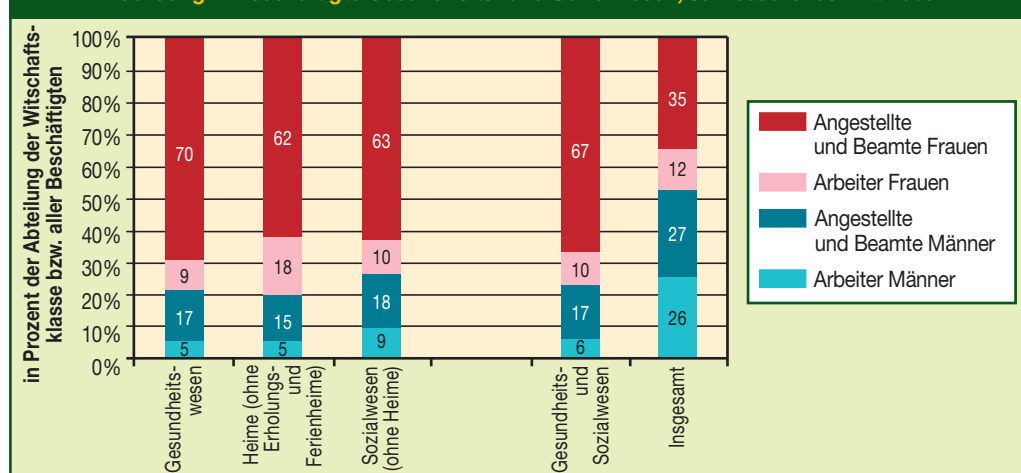




sende Revision der internationalen wirtschaftsstatistischen Klassifikationen statt, die auf Basis einer Vorgabe der Vereinten Nationen von der Europäischen Union in ihrem Wirkungsbereich anzuwenden ist; diese hatte zur Folge, dass auf nationaler Ebene die Klassifikation der Wirtschaftstätigkeiten ÖNACE 2003 (*Nomenclature générale des activités économiques dans les Communautés Européennes für Österreich*) durch die ÖNACE 2008 abgelöst wurde. Die Zuordnung der Unternehmen erfolgt durch die Statistik Austria und wird im Unternehmensregister festgehalten. Die Implementierung der ÖNACE 2008 hatte im Gesundheitsbereich zur Folge, dass aus der Wirtschaftsklasse „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ das Veterinärwesen ausgegliedert und der Klasse „Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen“ zugeordnet wurde. Die Klasse „Gesundheits- und Sozialwesen“ enthält nun nur noch Tätigkeiten für die „menschliche Gesundheit“ und wurde zudem feiner auf gegliedert, indem an die Stelle einer Abteilung in der alten NACE nunmehr drei Abteilungen (Gesundheitswesen, Heime [ohne Erholungs- und Ferienheime], Sozialwesen [ohne Heime])⁴ treten. Die Abteilung Gesundheitswesen beinhaltet sämtliche Krankenhäuser, Arztpraxen für Allgemeinmedizin, Facharzt- sowie Zahnarztpraxen und das Gesundheitswesen a. n. g. (u. a. Krankentransporte und Rettungsdienste, Hauskrankenpflege, Psychotherapeuten, klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen). Zur Abteilung Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime) zählen Pflegeheime, stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung und Ähnliches, Alten- und Behindertenwohnheime sowie sonstige Heime ohne Erholungs- und Ferienheime. Zum Sozialwesen wird die soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter und das sonstige Sozialwesen (ohne Heime) (z. B. Tagesbetreuung von Kindern) gerechnet. Nicht enthalten in der Wirtschaftsklasse Gesundheit- und Sozialwesen sind die Beschäftigten der öffentlichen Verwaltung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und der Sozialversicherungen.

Laut Wirtschaftsklassenstatistik waren 2009 im Jahresdurchschnitt 205.844 Personen im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt, was einem Anteil von rund sechs Prozent aller Beschäftigten entsprach. Mehr als die Hälfte davon (55 Prozent oder 113.354 Personen) wurden dem Gesundheitswesen zugeordnet, knapp ein Drittel (31 Prozent oder 64.448 Personen) dem Sozialwesen und der Rest den Heimen (14 Prozent oder 28.042 Personen). Im Vergleich zum Jahre 2008⁵ wuchs die Beschäftigung in der Klasse Gesundheits- und Sozialwesen um rund sechs Prozent, während insgesamt über alle Wirtschaftsklassen ein leichter Beschäftigungsrückgang (minus ein Prozent) festzustellen war. Abbildung 1 illustriert die starke Dominanz des weiblichen Geschlechts im Beschäftigungsbereich Gesundheits- und Sozialwesen. Im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen waren 2009 mehr als drei Viertel (77 Prozent) der Beschäftigten Frauen – im Pflegebereich (Abteilung Heime) waren es sogar 80 Prozent –, während über alle Wirtschaftsklassen hinweg der Frauenanteil nur bei rund 47 Prozent lag. Auch bezüglich des Beschäftigungsverhältnisses nimmt die Wirtschaftsklasse Gesundheits- und Sozialwesen eine besondere Rolle ein. So entfielen 2009 im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen auf einen Arbeiter fünf Angestellte und Beamte, während es insgesamt über alle Beschäftigten nur 1,6 Angestellte und Beamte waren. Zur Zeit arbeitet der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gerade an einer Revision der Wirtschaftsklassenstatistik, in die aktuelle Daten des Unternehmensregisters der Statistik Austria einfließen.

Abbildung 1: Beschäftigte Gesundheits- und Sozialwesen, Jahresdurchschnitt 2009



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

4 Vgl. Statistik Austria: Systematik der Wirtschaftstätigkeiten ÖNACE 2008. Band 1: Einführung, Grundstruktur, Erläuterungen, Wien 2008.

5 Aufgrund der neuen Klassifikation der Wirtschaftstätigkeiten ÖNACE 2008 ist nur ein Vergleich mit dem Jahr 2008 möglich.



Um die Beschäftigten im österreichischen Gesundheitswesen genauer charakterisieren zu können und einem internationalen Vergleich zu unterziehen, ist eine Detailanalyse notwendig. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterscheidet in der Publikation „Gesundheitsberufe in Österreich“ aus dem Jahr 2009⁶ grob 14 Gruppen von Gesundheitsberufen (vgl. Tabelle 1). Dabei fällt auf, dass einige Berufsbilder, die international existieren, nicht genannt sind, z. B. der selbstständig tätigen Nurse Practitioner, der Arzthelfer (Physician Assistants) sowie der medizinische Dokumentationsassistent (Medical Coder) oder Blutabnahmetechniker (Phlebotomist). Im Bereich des ärztlichen Personals existiert durch die Österreichische Ärztekammer und Publikationen der Statistik Austria recht umfangreiche quantitative Information, während im Bereich des nicht-ärztlichen Personals Datenmaterial lediglich im Krankenanstaltenbereich zur Verfügung steht.

Tabelle 1: Gesundheitsberufe in Österreich

1 Arzt	9 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
2 Zahnarzt	<i>Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege</i>
3 Klinischer Psychologe	<i>Pflegehilfe</i>
4 Gesundheitspsychologe	10 Kardiotechnischer Dienst
5 Psychotherapeut	11 Medizinisch-technischer Fachdienst
6 Musiktherapeut	12 Medizinischer Masseur und Heilmasseur
7 Hebamme	13 Sanitäter
8 Gehobene medizinisch-technische Dienste	<i>Rettungssanitäter</i>
<i>Physiotherapeutischer Dienst</i>	<i>Notfallsanitäter</i>
<i>Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst</i>	14 Sanitätshilfsdienste
<i>Radiologisch-technischer Dienst</i>	<i>Operationsgehilfe</i>
<i>Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst</i>	<i>Laborgehilfe</i>
<i>Ergotherapeutischer Dienst</i>	<i>Prosekturgehilfe</i>
<i>Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst</i>	<i>Ordinationsgehilfe</i>
<i>Orthoptischer Dienst</i>	<i>Ergotherapiegehilfe</i>
	<i>Desinfektionsgehilfe</i>

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Gesundheitsberufe in Österreich, Oktober 2009.

Insgesamt gab es im Dezember 2009 in Österreich 39.123 berufsausübende Ärzte, wobei rund ein Drittel (33 Prozent) davon Ärzte für Allgemeinmedizin, knapp die Hälfte (49 Prozent) Fachärzte und rund 18 Prozent Ärzte in Ausbildung, sprich Turnusärzte darstellten.⁷ Die Zahl der berufsausübenden Ärzte stieg seit 2004 um jahresdurchschnittlich 2,6 Prozent, besonders stark war der Anstieg im Bereich der Fachärzte mit 3,1 Prozent. Zudem wies die Statistik für das Jahr 2009 4.619 berufsausübende Zahnärzte aus. Die Variation der Ärztedichte in Bezug auf die Bundesländer ist stark ausgeprägt: Im Bundesland Wien gab es 2009, sicher unter anderem aufgrund des Großstadtfaktors, pro 1.000 Einwohner knapp 40 Prozent mehr berufsausübende Ärzte als über das gesamte Bundesgebiet hinweg. Umgekehrt liegt die Ärztedichte im Burgenland und in Vorarlberg um bis zu 27 Prozent unter dem Österreichdurchschnitt. Insgesamt waren 2009 mehr als die Hälfte (56 Prozent) der berufsausübenden Ärzte Männer; der gewichtete Durchschnitt der verfügbaren europäischen Länder lag mit 55 Prozent etwas darunter. Der Anteil der berufsausübenden Ärzte älter als 65 Jahre rangierte mit 4,8 Prozent um rund 0,9 Prozentpunkte über dem europäischen Durchschnittswert.

Österreich kann im internationalen Vergleich durch eine überaus hohe Versorgungsdichte mit Ärzten charakterisiert werden; dies illustriert Tabelle 2 deutlich. Die Dichte an Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ohne Ärzte in Ausbildung) lag 2009 mit insgesamt 3,9 Ärzten pro 1.000 Einwohner um ein Drittel über dem Durchschnitt der EU-15-Länder; Österreich weist zudem in dieser Kennzahl den höchsten Wert unter den Vergleichsländern auf. Besonders auffallend ist die Versorgungsdichte bei Allgemeinmedizinern, diese rangiert mit 1,6 Ärzten pro 1.000 Einwohner sogar knapp 70 Prozent über dem EU15-Durchschnitt.

Weniger als die Hälfte (45 Prozent) aller berufsausübenden Ärzte waren 2009 in Österreich frei praktizierend, also niedergelassen tätig. Sowohl die Geschlechterverteilung als auch der Anteil der über 65-Jährigen unterscheidet sich bei den niedergelassenen Ärzten im Vergleich zu allen Berufsausübenden: Lediglich ein Drittel aller niedergelassenen Ärzte waren 2009 Frauen; auch der Anteil der über 65-Jährigen war mit zehn Prozent doppelt so hoch wie über alle berufsausübenden Ärzte hinweg. 7.682 Ärzte oder

6 Zur Zeit wird am Bundesministerium für Gesundheit (BMG) an einer Aktualisierung der Broschüre „Gesundheitsberufe in Österreich“ gearbeitet. Laut Information des BMG wurde die Beschreibung von zwei weiteren, bereits bestehenden Gesundheitsberufen (Tierarzt und Apotheker) aufgenommen. Neue Gesundheitsberufe, die es bis dato nicht gegeben hat, sind nicht enthalten.

7 Österreichische Ärztekammer, in: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009, Wien, Oktober 2010.



Tabelle 2: Praktizierende Ärzte pro 1.000 Einwohner, 2009 oder letztverfügbares Jahr

	Ärzte gesamt	EU15 =100	Fachärzte	EU-15 =100	Allgemein- ärzte	EU-15 =100	Allgemein- ärzte und Fachärzte	EU- 15=100	Zahnärzte	EU-15 =100
Österreich	4,7	140	2,3	118	1,6	169	3,9	133	0,6	83
Belgien	3,0 ^a	89	1,8 ^a	91	1,2 ^a	128	2,9 ^a	101	0,7 ^a	110
Dänemark	3,4 ^b	102	1,4 ^b	69	0,7 ^b	74	2,0 ^b	70	0,8 ^b	127
Deutschland	3,6 ^a	107	2,0 ^a	103	0,7 ^a	71	2,7 ^a	92	0,8 ^a	116
Estland	3,4 ^a	100	2,0 ^a	104	0,9 ^a	94	2,9 ^a	100	0,9 ^a	139
Finnland	2,7 ^a	81	1,4	74	1,0	111	2,5	85	0,8 ^b	118
Frankreich	n.v.	n.v.	1,6 ^a	80	1,6 ^a	178	3,2 ^a	110	n.v.	n.v.
Griechenland	n.v.	n.v.	3,4 ^a	172	0,3 ^a	29	3,6 ^a	125	n.v.	n.v.
Irland	n.v.	n.v.	0,9 ^a	44	0,6 ^a	60	1,4 ^a	49	n.v.	n.v.
Italien	n.v.	n.v.	2,6	133	0,8 ^a	86	3,4 ^a	117	n.v.	n.v.
Luxemburg	2,8 ^b	85	n.v.	n.v.	0,8 ^b	89	n.v.	n.v.	0,8 ^b	119
Niederlande	n.v.	n.v.	1,1 ^b	56	0,5 ^a	59	1,6 ^b	56	0,5	77
Polen	2,2 ^a	65	1,2 ^a	60	0,2 ^a	19	1,4 ^a	47	0,3 ^a	51
Portugal	n.v.	n.v.	1,9	95	1,9	207	3,8	129	n.v.	n.v.
Schweden	3,6 ^c	107	n.v.	n.v.	0,6 ^c	65	n.v.	n.v.	0,8 ^c	125
Slowakei	3,0 ^b	90	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,5 ^b	75
Slowenien	2,4 ^a	72	1,4 ^a	69	0,5 ^a	55	1,9 ^a	64	0,6 ^a	90
Spanien	3,7	109	n.v.	n.v.	0,8 ^a	82	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Tschechien	3,6 ^a	108	2,8 ^a	141	0,7 ^a	77	3,5 ^a	120	0,7 ^a	103
Ungarn	3,1 ^a	93	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,5 ^a	75
Vereinigtes Königreich	2,7	81	1,8	92	0,8	87	2,6	89	0,5 ^a	77
EU-15	3,3	100	2,0	100	0,9	100	2,9	100	0,7	100
EU-21	3,2	95	1,9	97	0,8	92	2,8	95	0,6	92
Norwegen	4,0 ^a	120	1,5 ^a	78	0,5 ^a	52	2,0 ^a	69	0,9 ^a	133
Schweiz	3,8	115	2,3 ^a	117	0,6 ^a	65	2,9 ^a	99	0,5 ^a	78
Vereinigte Staaten	2,4 ^a	73	1,6 ^a	82	0,3 ^a	33	1,9 ^a	65	n.v.	n.v.

a 2008, b 2007, c 2006

Quelle: OECD Health Data, Juni 2010; IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

rund 43 Prozent^a der niedergelassenen Ärzte hatten mit Stand Dezember 2009 mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern einen Vertrag abgeschlossen; rund 53 Prozent davon waren Ärzte für Allgemeinmedizin, der Rest allgemeine und sonstige Fachärzte. In Spitälern waren 2009 21.752 Ärzte beschäftigt, 60 Prozent aller berufsausübenden Fachärzte und rund 14 Prozent der Ärzte für Allgemeinmedizin; in Prozent aller berufsausübenden Ärzte arbeiteten mehr als die Hälfte (56 Prozent) in einem Krankenhaus.

Nicht-ärztliches Gesundheitspersonal ist in Österreich – wie schon zuvor erwähnt – ausschließlich im Bereich der Krankenanstalten gut rezent erfasst und in Zeitreihe dokumentiert. Die Hauptberufsgruppe im Bereich des nicht-ärztlichen Gesundheitspersonals in Spitälern stellt das Personal des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege dar (2009: 53.970 Personen), wobei der überwiegende Anteil davon (rund 86 Prozent) dem Berufsbild der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege entspricht. Sieben bzw. sechs Prozent des Personals des gehobenen Dienstes waren 2009 im Bereich der Kinder- und Jugendpflege bzw. der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege beschäftigt, weniger als ein Prozent im kardiotechnischen Dienst. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege wird ganz klar von Frauen dominiert: rund 86 Prozent der Beschäftigten sind weiblichen Geschlechts.

Die zweitgrößte Berufsgruppe innerhalb des nicht-ärztlichen Gesundheitspersonals in Spitälern stellt das Personal des Sanitätshilfsdienstes und der Pflegehilfe dar (2009: 13.910). Mehr als zwei Drittel (69 Prozent) dieser Berufsgruppe konnten 2009 dem Beruf des Pflegehelfers zugeordnet werden. Die Aufgaben eines Pflegehelfers umfassen primär die Durchführung von pflegerischen Maßnahmen (Durchführung von Grundtechniken der Pflege und der Mobilisation; Körperpflege und Ernährung; Krankenbeobachtung; prophylaktische Pflegemaßnahmen; Dokumentation der durchgeführten Pflegemaßnahmen; Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen) nach Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Neben den Pflegehelfern umfasst das Personal des Sanitätshilfsdienstes und der Pflegehilfe auch noch Sanitäter, Operationsgehilfen, Laborgehilfen,

8 Ohne Vertragsärzte, die nur mit einer Krankenfürsorgeanstalt (KFA) einen Vertrag abgeschlossen haben. Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2010, Wien, Oktober 2010.



Prosekturgehilfen, Ordinationsgehilfen, Heilbadegehilfen, Ergotherapiegehilfen und Desinfektionsgehilfen. Das Geschlechterverhältnis im Bereich des Sanitätshilfsdienstes und der Pflegehilfe ist ausgeglichener als beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege: rund ein Drittel der Beschäftigten sind Männer.

Neben den bereits erwähnten Berufsbildern finden sich in Krankenanstalten auch noch Beschäftigte des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes (physiotherapeutischer Dienst, medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst, radiologisch-technischer Dienst, Diätdienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst, ergotherapeutischer Dienst, logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst, orthoptischer Dienst) und des medizinisch-technischen Fachdienstes sowie Masseure. Zum nicht-ärztlichen Gesundheitspersonal in Spitälern zählen weiters Hebammen. Im Jahre 2009 gab es 1.288 Hebammen in Krankenanstalten; insgesamt wies das Österreichische Hebammengremium 1.856 Hebammen⁹ österreichweit aus.

Einzelne Berufsgruppen des nicht-ärztlichen Personals können einem internationalen Vergleich unterzogen werden. Im Bereich der Krankenpflegekräfte unterscheidet die OECD zwischen qualifiziertem und sonstigem Krankenpflegepersonal, wobei ersteres für Österreich das gesamte Personal des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und letzteres die Pflegehelfer umfasst. Tabelle 3 zeigt, dass die Dichte an Krankenpflegepersonal in Österreich (7,6 Personen pro 1.000 Einwohner) im Jahre 2009 deutlich unter dem europäischen Durchschnitt (9,2 Personen pro 1.000 Einwohner) zu liegen kam. Die höchste Versorgungsdichte mit Krankenpflegepersonal weisen die beiden skandinavischen Länder Finnland und Dänemark auf.

Tabelle 3: Praktizierendes Krankenpflegepersonal pro 1.000 Einwohner, 2009 oder letztverfügbares Jahr

	Qualifizierte Krankenpflegekräfte	EU15 =100	Sonstige Krankenpflegekräfte	EU-15 =100	Krankenpflegekräfte	EU-15 =100
Österreich	6,5	93	1,2	53	7,6	83
Belgien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Dänemark	9,3 ^b	133	5,1 ^b	231	14,3 ^b	156
Deutschland	8,3 ^a	120	2,3	107	10,7 ^a	117
Estland	6,4 ^a	92	0,0 ^a	0	6,4 ^a	70
Finnland	9,0 ^b	129	6,5 ^b	297	15,5 ^b	169
Frankreich	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Griechenland	1,8 ^a	26	1,6 ^a	72	3,4 ^a	37
Irland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Italien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Luxemburg	10,9 ^c	157	0,0 ^c	0	10,9 ^c	120
Niederlande	3,1 ^b	44	7,5 ^b	341	10,5 ^b	115
Polen	5,2 ^a	74	0,0 ^a	0	5,2 ^a	57
Portugal	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweden	10,8 ^c	155	0,0	0	10,8 ^c	118
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Slowenien	1,9 ^a	28	6,0 ^a	273	7,9 ^a	86
Spanien	5,1	73	0,0	0	5,1	56
Tschechien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	8,1 ^a	88
Ungarn	4,6 ^a	67	1,5 ^a	70	6,2 ^a	67
Vereinigtes Königreich	7,6	108	2,1	97	9,7	106
EU-15	7,0	100	2,2	100	9,2	100
EU-21	6,6	95	1,9	87	8,5	93
Norwegen	14,0 ^a	201	0,0 ^a	0	14,0 ^a	153
Schweiz	10,2 ^a	146	4,8 ^a	218	14,9 ^a	163
Vereinigte Staaten	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

a 2008, b 2007, c 2006

Quelle: OECD Health Data, Juni 2010; Statistik Austria; IHS HealthEcon Berechnungen 2011..

Das Verhältnis zwischen Krankenpflegekräften und Spitalsärzten gibt einen Aufschluss über die Zusammensetzung des Gesundheitspersonals in Krankenanstalten. Auffallend ist, dass im Vergleich zu Österreich in anderen westeuropäischen und in skandinavischen Ländern die Relation Krankenpflegepersonal zu Spitalsärzten deutlich mehr zu Gunsten des Krankenpflegepersonals ausfällt. Während in

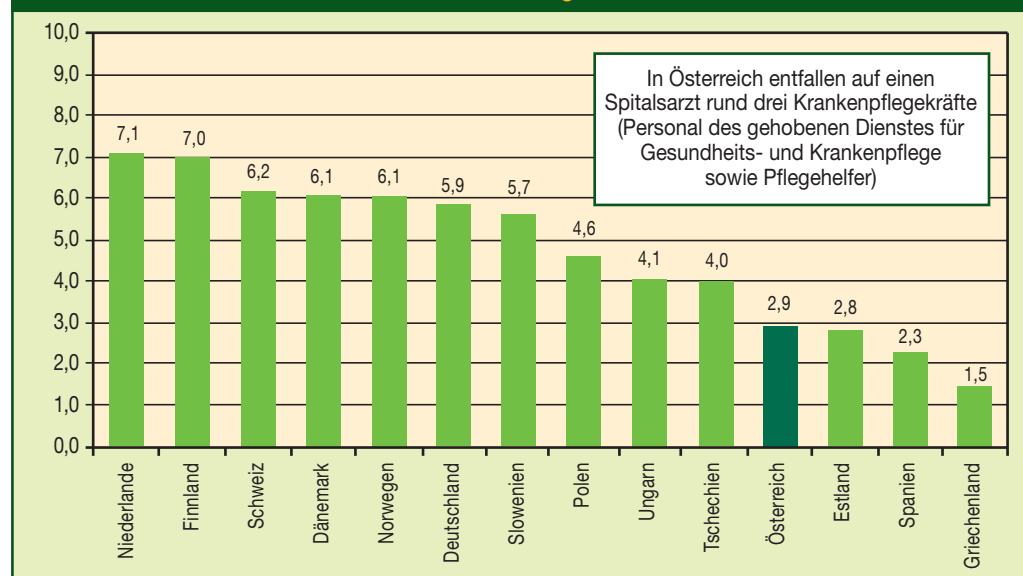
9 Inklusive krenzierter und teilzeitbeschäftigter Hebammen.



Österreich nur rund drei Krankenpflegekräfte auf einen Spitalsarzt entfallen, sind es in Deutschland, Norwegen, Dänemark, der Schweiz, Finnland und den Niederlanden rund doppelt so viele oder sogar noch mehr (vgl. Abbildung 2).

Eine hohe Ausstattung eines Landes mit Krankenpflegepersonal bei gleichzeitiger niedriger Ärztedichte in Spitälern könnte den Schluss zulassen, dass in diesen Ländern Tätigkeiten von Krankenpflegepersonal ausgeübt werden, die anderswo von Ärzten verrichtet werden. Im betrachteten Ländersample ist jedoch der Zusammenhang zwischen Krankenpflegepersonal und Ärzten in Spitälern nur sehr schwach und auch in keiner substituierenden Richtung (negatives Vorzeichen) ausgeprägt (Korrelationskoeffizient nach Pearson: 0,3), sodass Aussagen über Substitutionseffekte und effizienten Einsatz von Personal nicht möglich sind. Dies hängt sicher auch mit der in den einzelnen Ländern unterschiedlichen Aufgabenverteilung zw. Spital und niedergelassenem Bereich zusammen und müsste eingehender untersucht werden.

Abbildung 2: Ratio Krankenpflegepersonal/Ärzte in Krankenanstalten, 2009 oder letztverfügbares Jahr



Quelle: OECD Health Data, Juni 2010; Statistik Austria; IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Im Gegensatz zum Krankenanstaltenbereich erfolgt die Dokumentation der Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen nicht systematisch und nicht in regelmäßigen Abständen. Die letzte Erhebung der Beschäftigtenzahlen im Bereich der Alten- und Behindertenbetreuung fand mit Stichtag 31.12. 2006 statt und umfasste Dienste und Einrichtungen der Alten- und Behindertenbetreuung.¹⁰ Insgesamt wurden österreichweit rund 4.000 Einrichtungen befragt, wobei die Rücklaufquote bei rund 66 Prozent lag. Insgesamt konnten rund 55.000 rückgemeldete Beschäftigte erfasst werden.

Neben den bereits analysierten Gesundheitsberufen im Krankenanstaltsbereich, gibt es in Österreich noch weitere nicht-ärztliche Gesundheitsberufe (vgl. Tabelle 1), die jedoch schwerer quantitativ zu erfassen und zu analysieren sind. Zu diesen Berufen zählen klinische Psychologen, Gesundheitspsychologen, Psychotherapeuten und Musiktherapeuten. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) führt für die drei erstgenannten Berufsgruppen die entsprechenden Listen, die zur Ausübung des Berufs berechtigen. Aktuell gibt es in Österreich beispielsweise 7.184 eingetragene Psychotherapeuten.

Die Kosten des Gesundheitspersonals können einerseits im Bereich der Fondsspitäler und andererseits im niedergelassenen Bereich für Berufsgruppen mit Kasservertrag identifiziert werden. Im Jahre 2009 betrugen die Personalkosten in Österreichs Fondsspitalen rund 6,2 Milliarden Euro; dies entspricht rund 58 Prozent der gesamten Endkosten. In Bezug auf die gesamten Gesundheitsausgaben wurde 2008 rund ein Fünftel für die Beschäftigten in Fondsspitalen ausgegeben; im Zeitraum 2000–2009 stiegen die Personalkosten in den Fondsspitalen um beachtliche 50 Prozent. Im niedergelassenen Bereich gab die Sozialversicherung 2009 insgesamt rund 3,4 Milliarden Euro für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen aus, wobei rund 61 Prozent davon Honorare für Leistungen durch Vertragsärzte darstellten. Im Vergleich zum Jahre 2000 wuchsen die Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen um rund 39 Prozent. Diese Sachverhalte lassen deutlich auf die Bedeutung und auch auf die Dynamik im Bereich des Gesundheitspersonals – auch auf Kostenseite – schließen.

¹⁰ Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG: Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich im Jahr 2006. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, Wien, Februar 2008.

Die Bedeutung des Skill-Mix für Effizienz und Qualität

Angesichts der praktisch weltweit bestehenden Engpässe beim Gesundheitspersonal werden Hoffnungen in den „optimierten“ Einsatz des Personals gesetzt. Die Frage, inwieweit neue Gesundheitsberufe einen Beitrag zur Reduktion bestehender oder sich abzeichnender quantitativer und qualitativer Engpässe in Österreich leisten können, soll zunächst diskutiert werden.

Die ökonomische Theorie macht es sich bei der Bestimmung des nach Effizienzgründen optimalen Mix von Arbeitskräften einfach: Gruppen von Arbeitskräften werden als unterschiedliche Arten von Produktionsfaktoren interpretiert, deren Mix so lange Möglichkeiten zur Verbesserung aufweist, wie das Verhältnis der marginalen Beiträge zur Gesamtproduktion der einzelnen Beschäftigtengruppen dem Verhältnis der marginalen Kosten für diese Beschäftigtengruppen entspricht. Beim Ausgleich ist das Ideal – höchste technische Effizienz – erreicht. Ist der marginale Beitrag einer Beschäftigtengruppe höher, sollte ihr Anteil ausgeweitet werden, da von fallenden Beiträgen bei einer Steigerung der eingesetzten Menge Arbeitskraft ausgegangen wird.

Diese Herangehensweise ist jedoch für die Bestimmung des optimalen Beschäftigtenmix in der Praxis wenig hilfreich: Der „Output“ bei Gesundheitsleistungen ist oft mehrdimensional, in der Regel liegen keine Informationen über den konkreten individuellen Beitrag zum Behandlungserfolg vor, und auch die Erfassung der relevanten Kosten ist keineswegs eindeutig: Je nachdem aus wessen Perspektive die Kosten eruiert werden, können sie erheblich abweichen.¹¹ Zudem wird in der Theorie – soweit nicht überhaupt homogene Arbeit unterstellt wird – von einem feststehenden Set an heterogenen Arbeitskräftegruppen ausgegangen. Die Frage, welche Berufs- oder Beschäftigungsgruppen sinnvoll eingeführt werden könnten, wird in dieser Form nicht thematisiert.

Neue Berufe als Lösung quantitativer Engpässe?

Ein einfaches Stock-Flow-Modell zeigt, über welche Kanäle die Menge an verfügbaren Arbeitskräften prinzipiell gesteuert werden kann (Abbildung 3), wobei Zuflüsse zum Bestand an Arbeitskräften im Gesundheitswesen grün, Abflüsse rot und auf den Gesundheits-Arbeitsmarkt bezogen neutrale Ströme blau eingezeichnet sind. Abbildung 4 erweitert das Modell um die Einführung neuer Gesundheitsberufe.¹² Der Bestand an Gesundheitspersonal resultiert demnach aus den kumulierten Zuflüssen (neu in den Arbeitsmarkt eintretende Personen, typischerweise nach Ende der Erstausbildung, und Berufsumsteiger, oft nach Aus- oder Weiterbildungsphasen) der Vergangenheit, abzüglich der kumulierten Abflüsse (durch Tod, Ruhestand oder andere berufliche Inaktivität, in die Arbeitslosigkeit, oder in andere Berufe). Es zeigt sich somit, dass die Einführung neuer Berufe und Berufsbilder nur dann die Menge an verfügbaren Arbeitskräften zu erhöhen vermag, wenn dadurch entweder die Zuflüsse erhöht oder die Abflüsse gesenkt werden.¹³ Dabei ist zu beachten, dass die Schaffung neuer Gesundheitsberufe wohl auch Ströme innerhalb des Gesundheits-Arbeitsmarktes auslösen wird: Einige der neuen Berufe bauen auf herkömmlichen Gesundheitsberufen auf oder werden – selbst wenn als Erstausbildung konzipiert – zumindest in der Anfangsphase wohl auch durch Umsteiger aus den herkömmlichen Gesundheitsberufen wahrgenommen werden. Eine gesteigerte Rekrutierung von Gesundheitspersonal ergibt sich demnach erst, wenn die Summe aller vier Zuflüsse in den Gesundheits-Arbeitsmarkt (Abbildung 4) die Summe beider Zuflüsse in Abbildung 3 übersteigt. Zudem dürfte auch eine gewisse Konkurrenz zwischen herkömmlichen und neuen Gesundheitsberufen um Berufs- bzw. Ausbildungsanfänger entstehen: Es ist zu erwarten, dass einige Personen sich für die neuen Berufe entscheiden, die ansonsten einen herkömmlichen Gesundheitsberuf gewählt hätten.

Je mehr die neuen Gesundheitsberufe Merkmale aufweisen, die im Vergleich zu den herkömmlichen Gesundheitsberufen zusätzliche Berufsanfänger oder -umsteiger ansprechen, umso mehr können die neuen Berufe personelle Engpässe verringern. Ähnliches gilt, wenn die neuen Gesundheitsberufe einen Teil der Abflüsse aus den herkömmlichen Gesundheitsberufen auf sich ziehen können, auch dies vergrößert dann die personellen Kapazitäten des Gesundheitswesens.

11 Kernick und Scott (2002) bringen das Beispiel einer Stunde ärztlicher Arbeitszeit: Aus Sicht der allgemeinärztlichen Praxis betragen sie 21 £, aus Sicht der regionalen Gesundheitsbehörde 54 £ inklusive Gemeinkosten, aus Sicht des nationalen Gesundheitsdienstes 69 £, da auch die Ärzteausbildung einzurechnen ist. Siehe Kernick, D., Scott A. (2002): Economic Approaches to Doctor/Nurse Skill Mix: Problems, Pitfalls, and Partial Solutions. British Journal of General Practice, 52, 42–46.

12 Zur Wahrung der Übersicht wurde in der Abbildung vernachlässigt, dass gerade in einem so frauenlastigen Bereich wie dem Gesundheitswesen viele Abflüsse aus dem Gesundheitsarbeitsmarkt in (vorübergehende) Inaktivität oder andere Berufe in Zusammenhang mit einer Familienpause erfolgen.

13 Einen längeren (durchschnittlichen) Verbleib im Gesundheitsberuf nennen wir im Zusammenhang mit dem Stock-Flow-Modell nicht als mögliche Strategie zur Vergrößerung der Humanressourcen, da er sich automatisch aus einer Senkung der Abflüsse in andere Berufe oder überhaupt aus dem Arbeitsmarkt ergibt. Buchan (2010) weist auf den Nutzen hin, der sich aus einer solchen gesteigerten Stabilität der Personalstruktur ergibt bzw. ergeben kann, diskutiert aber insbesondere auch die mangelhafte Datenlage, deren Verbesserung die Politik direkt zur Ableitung von Strategien zur Verbesserung des Verbleibs im Beruf nutzen könnte. Siehe Buchan J. (2010): Reviewing The Benefits of Health Workforce Stability. Human Resources for Health 8:29 (<http://www.human-resources-health.com/content/8/1/29>).

Die Bedeutung
des Skill-Mix
für Effizienz
und Qualität



Abbildung 3: Stock-Flow-Modell des Gesundheitspersonals

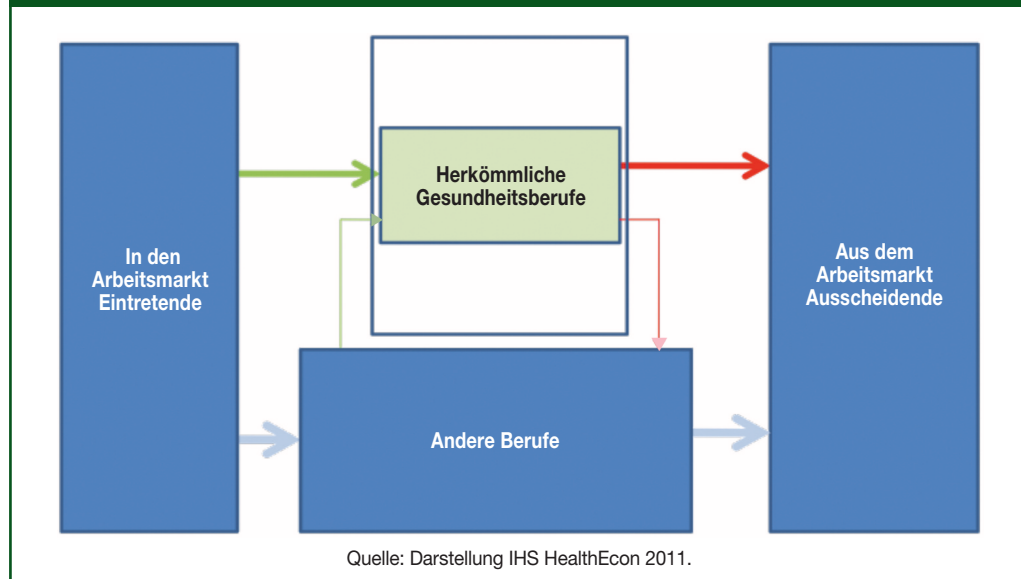
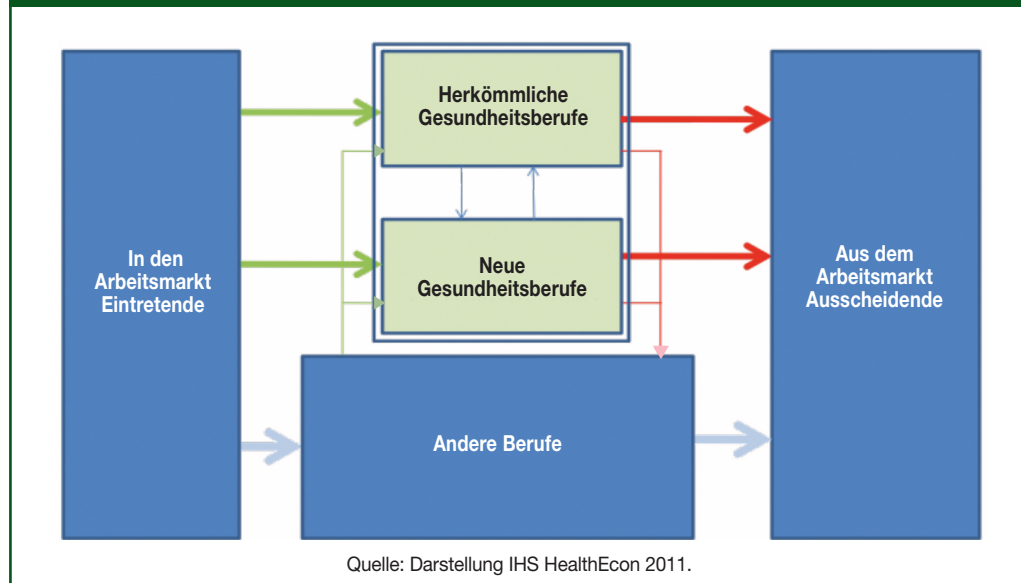


Abbildung 4: Stock-Flow-Modell herkömmlicher und neuer Gesundheitsberufe



Ebenso wichtig für die allfällige Verringerung personeller Engpässe ist die Frage, ob die neuen Berufe die Durchschnittsproduktivität des Gesundheitspersonals verbessern – siehe hierzu auch die Ausführungen zur Qualität der Versorgung unten – und ob sie auf die Nachfrage nach Leistungen rückwirken: So ist zu erwarten, dass etwa Case Manager einerseits die Inanspruchnahme steigern (indem der Zugang verbessert wird), aber gleichzeitig oder in Zukunft auch Nachfrage nach anderen Leistungen senken (da manche Verschlimmerungen des Gesundheitszustands vermieden und dann entsprechend weniger Leistungen nachgefragt werden, sowie gleich die richtige Leistung). Der über die entsprechende Bevölkerung aggregierte Nettoeffekt hieraus ist die wesentliche Größe für den Einfluss auf allfällige Personalengpässe.

Neue Berufe als Lösung qualitativer Probleme?

Es besteht eine umfangreiche empirisch ausgerichtete Literatur zum Thema des Health-Workforce-Managements. Dubois und Singh (2009)¹⁴ identifizieren aus einem Review von 250 Arbeiten über Health-Workforce-Management aus den Jahren 1995–2008 prinzipiell vier Strategien, wie die Beschäftigtenstruktur im Gesundheitswesen verbessert werden kann: Ausweiten der Anzahl Beschäftigter (1), Vergrößern des Anteils der Beschäftigten mit (höherer) Qualifikation (2) oder längerer Berufserfahrung (3) und

¹⁴ Dubois, C.-A., Singh, D. (2009): From Staff-mix to Skill-mix and Beyond: Towards a Systemic Approach to Health Workforce Management. Human Resources for Health 7:87, doi: 10.1186/1478-4491-7-87.





schließlich die Bildung multidisziplinärer Teams (4). Generell bestätigt die Literatur die Tendenz, dass in diesem Sinne „gehaltvollere“ Arbeitskräfte – also mehr, besser ausgebildete, erfahrenere Beschäftigte in Teamstruktur – mit besseren Outcomes und weniger unerwünschten Ereignissen für die Patienten einhergehen. Sie betonen jedoch, dass die Ergebnisse zu nahezu jedem einzelnen Punkt in gewissem Maße widersprüchlich sind und im Kontext gesehen werden müssen. Obwohl viele Studien einen positiven Einfluss berichten, geben sie keine Anhaltspunkte über das ideale Zahlenverhältnis zwischen Beschäftigten und Patienten oder ideale Anteile einzelner Berufsgruppen innerhalb der Teams. Zudem kritisieren sie, dass über der Fokussierung auf Zahl und Art der Beschäftigten oft die Berücksichtigung der Art und Weise vergessen wird, wie die Arbeitskräfte eingesetzt werden.

Die Strategien, das vorhandene Arbeitskräftevolumen möglichst gut zum Patientenwohl einzusetzen, gruppieren Dubois und Singh (2009) im Wesentlichen in zwei Bereiche, Skill Development bei einer Weiterentwicklung innerhalb der angestammten Berufsgrenzen und Skill Flexibility, wenn das Aufgabenspektrum darüber hinaus erweitert oder gewechselt wird. Skill Development soll die Beschäftigten in die Lage versetzen, besser auf interne und externe Veränderungen zu reagieren, indem sie lernen, neue Rollen und Funktionen auszufüllen. Diese Verbreiterung des Aufgabenspektrums kann in zwei Richtungen erfolgen: Beim Erwerb der Fähigkeiten zur Ausführung von Aufgaben, die zuvor eine höhere Ausbildungsstufe verlangt hatten, sprechen Dubois und Singh (2009) von einer Rollenaufwertung (Role Enhancement), bei der Übernahme von Aufgaben auf der gleichen oder sogar einer darunter liegenden Ebene von einer Rollenerweiterung (Role Enlargement). Üblicherweise geht eine Rollenaufwertung mit größerer Kontrolle, Verantwortung, Autorität oder Komplexität einher, nutzt aber nur das Gesamtspektrum einer Profession umfangreicher aus, ohne Funktionen aus anderen Berufsgruppen zu übernehmen. Sie kann in engem Zusammenhang mit organisatorischen Veränderungen stehen, im Gesundheitsbereich oft mit neuen Versorgungsmodellen, die wiederum durch die epidemiologischen Veränderungen erforderlich wurden. So reihen sich nicht mehr nur viele Akutkrankheiten aneinander, die von einem Arzt zu befunden und zu therapieren sind, sondern zunehmend Routinetätigkeiten bei chronisch Kranken, die nicht immer ein volles Medizinstudium erfordern. Oft steht die Rollenaufwertung durch die Übernahme eines größeren Aufgabenspektrums in Verbindung mit größerer Kontinuität in der Versorgung oder, aus Sicht des Patienten, mit einer geringeren Anzahl von Kontaktpersonen. Die prominentesten Beispiele in diesem Bereich sind die Aufwertung der Rolle des Krankenpflegepersonals im Vereinigten Königreich und der GPs in so konträren Gesundheitssystemen wie jenen des Vereinigten Königreichs und der Vereinigten Staaten. Aus Sicht der Beschäftigten wirken die aufgewerteten Rollen typischerweise positiv auf die Arbeitszufriedenheit, was sich im Gesundheitsbereich auch günstig auf die Verweildauer im Beruf auswirken sollte. Dubois und Singh (2009) warnen jedoch, dass die bloße Übernahme zusätzlicher Pflichten ohne begleitendes Professionalisierungsprogramm die Berufsgrenzen verwischt und dass die Anpassung der Ausbildungscurricula und Weiterbildungsmöglichkeiten mit dem geänderten Rollenbild der Berufsgruppen Schritt halten muss.

Im Gegensatz zur vertikalen Rollenaufwertung ist die Rollenerweiterung eine horizontale oder sogar auf niedrigere Stufen gerichtete Diversifizierung der Kompetenzen und geht einher mit der Hinwendung zur integrierten Versorgung. Ein Beispiel für die horizontale Rollenerweiterung ergibt sich daraus, dass in einigen Ländern der Fokus von der Versorgung von Einzelpersonen auf die von Bevölkerungsgruppen übergeht. Daraus ergeben sich neue organisatorische Anforderungen, wie die Abschätzung der Bedürfnisse von größeren Bevölkerungsgruppen oder die Planung und Implementierung von entsprechenden Gesundheits- und Sozialleistungen im angebrachten Ausmaß. Außerdem kann Rollenerweiterung auch den Erwerb von nicht unmittelbar gesundheitsspezifischen Kenntnissen und Fähigkeiten erfordern, wie größere Teamfähigkeit und bessere Kommunikation im Team- und Patientenzusammenhang. Dubois und Singh (2009) sehen den Schlüssel für Rollenerweiterung wie auch Rollenaufwertung nicht im Ersetzen von einer Fachkraft durch eine andere, sondern in der Verbreiterung des fachspezifischen Repertoires. Dies war auch die Basis einiger Programme der letzten Zeit, in denen gewisse häufige und wenig kritische Routineaufgaben von bislang dafür ungewohnten Berufsgruppen übernommen wurden, z. B. Blutzuckermessung. Die Rollenerweiterung kann, wie die Rollenaufwertung, einerseits die Arbeitszufriedenheit durch die abwechslungsreichere Tätigkeit steigern, kann allerdings gerade in Zeiten steigender Personalengpässe zu vergrößertem Zeitdruck und Stress führen, wenn die Rollenverbreiterung lediglich Zusatzaufgaben ohne Entlastung bei den vorherigen Pflichten bedeutet.

Im Gegensatz zu Skill Development umfasst Skill Flexibility nach Dubois und Singh (2009) die Übernahme von Aufgaben auch jenseits der angestammten Berufsgrenzen und verlangt dementsprechend „multi-skilled“ Beschäftigte. Ein Beispiel hierfür sind die in den USA vermehrt eingesetzten Physician Assistants sowie die radiologischen und anderen technischen Assistenten, ein weiteres ist das Ersetzen von ausgebildetem Krankenpflegepersonal durch Pflegehilfswesen, nicht zuletzt ausgelöst durch Einsparbemühungen und Engpässe bei Fachpersonal. Schlussendlich übernimmt – vor allem in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern – das Krankenpflegepersonal zunehmend Aufgaben aus dem hausärztlichen Bereich.





Die Verschiebung von Aufgaben zu niedrigeren Ausbildungsstufen ist zumeist durch die Hoffnung auf Einsparungen motiviert, hält doch beispielsweise der Wanless-Report für das Vereinigte Königreich fest, dass etwa 20 % der durch GPs und Jungärzte übernommenen Arbeit durch Nurse Practitioners und rund 12,5 % der Krankenpflege durch Hilfskräfte (Health Care Assistants) übernommen werden könnten. Belege für die tatsächlich erzielbaren Einsparungen sind jedoch rar bis nicht vorhanden,¹⁵ und Dubois und Singh (2009) führen eine Reihe von Gründen an, diese Einsparungen vorsichtig anzusetzen:

- ◆ Der Praxisstil kann sich unterscheiden: Krankenpflegepersonal spricht länger mit den Patienten als Ärzte bei gleichen Aufgaben,¹⁶ macht mehr Wiederbestellungen und Untersuchungen.
- ◆ Es ist zu vermuten, dass zumindest in manchen Bereichen die Qualität leidet – vgl. die Diskussion zur Rollenaufwertung –, während in anderen Bereichen die Patientenzufriedenheit mit der Betreuung steigt.
- ◆ Es ist unklar, in welchem Ausmaß niedrigere Versorgungsstufen Bedarf abdecken, der zuvor von höheren Versorgungsstufen übernommen wurde, und in welchem Maße sie neuen bzw. bislang nicht abgedeckten Bedarf abdecken.
- ◆ Selbst wenn die Ausbildungskosten pro Beschäftigten niedriger sind – Schätzungen für die Vereinigten Staaten ergaben, dass die Ausbildungskosten für einen Arzt jenen für 3–12 Nurse Practitioners entsprechen, deren Ausbildung zudem kürzer dauert¹⁷ –, sind im Gegenzug die Verweildauer im Beruf kürzer und Absenzen von der Arbeit wohl auch höher.
- ◆ Es ist unklar, inwieweit lediglich die Personalnot von einer zur nächsten Berufsgruppe weitergereicht wird, schließlich zeichnen sich in Ländern wie Österreich nicht nur im ärztlichen, sondern gerade auch im Gesundheits- und Krankenpflegebereich gravierende Engpässe ab.
- ◆ Weiters ist offen, ob die Entlastung der höheren Qualifikationsstufen von vergleichsweise einfachen Arbeiten ihnen nicht die notwendigen Regenerationsphasen raubt und damit zu niedriger Arbeitszufriedenheit, höherem Stress und schlimmstenfalls mehr Burn-out-Fällen führt.

Dubois und Singh (2009) schließen aus ihrem Review, dass eine Fokussierung auf den optimalen Skill-Mix alleine zu kurz greift. Notwendig ist eine breitere Betrachtung, die mit berücksichtigt, auf welche verschiedenen Arten die Arbeitskräfte gemanagt werden und wie ihre Arbeitsumgebung organisiert ist: "The evidence suggests that no matter which workers are employed or what their roles are, it is only by tackling organisational issues that a fully efficient and effective workforce can be generated. In order to use human resources most effectively, organisations must also consider the institutional environments that frame health care workers' educational preparation, the system of professional regulation, organisational incentives, and the broad range of levers that can be mobilised at both organisational and system level." Als aktuelles Beispiel hierzu bietet sich das Thema integrierte Versorgung an: Einige der in Diskussion befindlichen neuen Berufsfelder stehen in engem Bezug zu den Erfordernissen einer stärkeren Integration. Dementsprechend kann nur eine abgestimmte Entwicklung beider zu den beabsichtigten Verbesserungen führen, die zudem die parallele oder sogar vorauslaufende Schaffung entsprechender Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten benötigt.

Eine Reihe von Berufsbildern, die international im Gesundheitsbereich existieren, haben noch keinen Eingang in die Aufstellung der österreichischen Gesundheitsberufe gefunden. Im Folgenden werden wir einige davon beschreiben und sie auf Evidenz für ihre Bedeutung im Gesundheitswesen untersuchen. Zentral erscheint hierbei das Konzept des Public Health Nursing.

Public Health Nursing

Public Health Nursing ist Teil der primären Gesundheitsversorgung und ist ganz allgemein jener Beitrag, welchen die Pflegeberufe zur Bewältigung public-health-bezogener Aufgaben leisten können. Public Health Nursing genießt im angelsächsischen Raum eine lange Tradition. Wissenschaftliche Publikationen zu Tätigkeitsprofilen von Public Health Nurses reichen bis in die 20er Jahre des letzten Jahrhunderts zurück. In vielen europäischen Ländern (z. B. Großbritannien, Skandinavien, Frankreich, Spanien) ist Public Health Nursing ein fester Bestandteil des Gesundheits- und Sozialwesens. In Österreich ist Public Health Nursing bisweilen weder im Gesundheits- noch im Sozialwesen verankert.¹⁸

Der Begriff „Public Health Nursing“ wird zwar international verwendet, das Aufgabengebiet wird jedoch

15 Für die Bereiche der Nurse Practitioners und Physician Assistants beispielsweise, für die noch vergleichsweise viel Literatur besteht, baut eine RAND-Abschätzung möglicher Einsparpotenziale daher ausschließlich auf Modellannahmen ohne empirische Absicherung, siehe Eibner C. E., Hussey P. S., Ridgely M. S., McGlynn E. A. (2009): Controlling health care spending in Massachusetts: an analysis of options (http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR733.pdf), S. 19.

16 Seale C., Anderson E., Kinnersley P. (2005): Comparison of GP and nurse practitioner consultations: An Observational Study. *British Journal of General Practice* 55, 938–943.

17 Starck P. L. (2005): The Cost of Doing Business in Nursing education. *J. of Prof. Nurs.* 21, 183–190, zitiert in: Fairman Julie A., et al. (2010): Broadening the Scope of Nursing Practice. *New England Journal of Medicine* 364, 3, 193–196..

18 Vgl. Brieskorn-Zinke, M. (2007): *Public Health Nursing*. 1. Auflage, Kohlhammer GmbH, Stuttgart; Hassler, M., Meyer, M. (2006): *Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege*. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover.

durch ihn nicht präzise und international einheitlich beschrieben. Aufgrund dessen existiert eine einheitliche Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibung weder für Public Health Nurses noch für die unterschiedlichen Spezialisierungen des Berufsbildes, wie zum Beispiel Community Nurse, School Nurse, Maternal and Child Nurse, Family Nurse¹⁹.

Alle unter dem Oberbegriff Public Health Nurse subsumierten Pflegeberufe nehmen wichtige Funktionen in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention wahr. Hierzu zählen folgende:²⁰

◆ Primäre Prävention

Assessment von Bedarf und Bedürfnis definierter Bevölkerungsgruppen von Gemeinden und Kommunen, Implementierung und Evaluierung von bevölkerungsbezogenen Programmen, Anleitung, Beratung, Förderung der Zusammenarbeit etc.

◆ Sekundäre Prävention

Durchführung von Screeningprogrammen, Impfprogrammen, Raucherentwöhnungsprogrammen, Diabetesprogrammen etc.

◆ Tertiäre Prävention

Disease-Management, Wundmanagement, Inkontinenzmanagement, Demenzpflege- und -betreuung, HIV-Pflege etc.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Rolle und Kompetenzen von Public Health Nurses in Praxen von Allgemeinärzten und in Gesundheitszentren. Es zeigt sich sehr deutlich, dass die Public Health Nurses in Großbritannien und in den skandinavischen Ländern über die meisten Kompetenzen verfügen.

Tabelle 1: Rolle und Kompetenzen von Public Health Nurses im europäischen Überblick

	DK	FI	GB	NL	SE
Integrative Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegepersonal		X	X		X
Hausbesuche	X	X	X	X	X
Eigene Sprechstunden		X	X	X	X
Erstkontakte mit Patienten		X	X		X
Telefonkonsultationen		X	X		X
Überweisungen		X	X		X
Eingeschränkte Medikamentenverschreibungen			X		X
Kleine Behandlungen		X	X	X	X

Quelle: Seitz, F., et al. (2008): Das Konzept der Familiengesundheitspflege in Europa. Eine Literaturstudie zur Implementierung. Pflege & Gesellschaft 13. Jg., 260–278.

Im Folgenden werden einzelne Berufsbilder exemplarisch beschrieben:

Family Nurse

Das Berufsbild/Konzept der Family Nurse ist gemeinsam mit dem gesundheitlichen Rahmenkonzept der WHO „Gesundheit21“ entstanden. Es verbindet erstmalig die Pflege im eigenen Wohnraum des Klienten, die Zielgruppe Familie und das Public-Health-Ziel einer „gesunden Familie“. Zu den zentralen Aufgaben einer Family Nurse gehören Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation durch Motivation, Beratung und Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen. Dadurch soll speziell auch vulnerablen Gruppen ein niederschwelliges Angebot gemacht werden.²¹

Im Konzept der WHO sind exemplarisch folgende konkrete Tätigkeiten von Family Nurses genannt:²²

- ◆ Betreuung einer Familie mit einem Neugeborenen
- ◆ Betreuung einer alleinstehenden drogenabhängigen Schwangeren
- ◆ Betreuung einer Familie mit psychischen und alkoholbedingten Gesundheitsproblemen
- ◆ Betreuung einer Familie, in der der Vater ein starker Raucher ist und das Rauchen aufgeben möchte
- ◆ Betreuung einer Familie, in der die Mutter an Brustkrebs leidet
- ◆ Betreuung eines älteren Ehepaares, bei dem beide Partner nicht gesund sind
- ◆ Betreuung eines Witwers mit multipler Krankheitspathologie
- ◆ Etc.

Bei ihren Tätigkeiten sollte die Family Nurse in einem interdisziplinären Team unter dem „Dach“ von Public Health und primärer Gesundheitsversorgung interagieren und zusammen mit dem Hausarzt eine

19. Vgl. Ebenda.

20. Vgl. Ebenda.

21. Vgl. Seitz, F., et al. (2008): Das Konzept der Familiengesundheitspflege in Europa. Eine Literaturstudie zur Implementierung. Pflege & Gesellschaft 13. Jg., 260–278; Wild, M. (2007). Pflege (in) der Familie – Umsetzung der Family Health Nurse in Österreich. Österreichische Pflegezeitschrift 10/07; WHO (2000): Die Familien-Gesundheitsschwester, Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum.

22. Vgl. WHO (2000): Die Familien-Gesundheitsschwester, Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum.



School Nurse

Schlüsselposition in der Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen und Familien einnehmen. Die Family Nurse hat die Aufgabe, ihre Klienten zu eigenständigem Handeln zu befähigen, nicht nur zwischen den betreuten Personen, sondern auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu vermitteln und als Fürsprecher/Meinungsbildner für Gesundheit und bevölkerungsbezogene Maßnahmen aufzutreten. Dabei ist ihr pflegerisches Handeln auf die gesamte Lebensspanne der Menschen ausgerichtet.²³

Implikationen für Österreich:

Das Konzept der Family Nurse ist derzeit im österreichischen Gesundheits- und Pflegewesen noch nicht umgesetzt. Die Etablierung einer Family Nurse erscheint durchaus erstrebenswert. Sie könnte als zentrale Ansprechperson für sämtliche Fragen und Belange in Bezug auf Gesundheit und Pflege quasi eine Art Gesundheitsmanager „von der Wiege bis zur Bahre“ fungieren. Die Family Nurses sollten dabei nicht als Substitut, sondern als niederschwelligeres ergänzendes Angebot zu den Hausärzten gesehen werden. Das erscheint gerade im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheit sehr wichtig, für die ein niederschwelligeres, aber auch proaktiveres Handeln geboten ist.

Als mögliche Einsatzbereiche im österreichischen Gesundheits- und Pflegewesen nennt Monika Wild (2007) den niedergelassenen ärztlichen Bereich, Vorsorgeeinrichtungen wie Gesundheitsämter und Ambulatorien, Hauskrankenpflege, Krankenhäuser im Bereich des Entlassungsmanagements und Pflegeheime, insbesondere zur Umsetzung von Angehörigenarbeit.²⁴

School Nurse

Das Berufsbild der School Nurse hat sich in vielen Ländern (z. B. Großbritannien, Finnland, Schweden, USA, Australien) etabliert. Die School Nurse ist zentraler Ansprechpartner für sämtliche gesundheitliche Fragestellungen der Schüler. Außerdem zeichnet sie für Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention verantwortlich.²⁵ Im nun Folgenden werden das Berufsbild und die Funktionen von School Nurses am schwedischen Beispiel näher erläutert. Zu ihren zentralen Funktionen zählen folgende:²⁶

◆ Gesundheitsversorgung

Die School Nurse ist für die Gesundheitsversorgung der Schüler während der Schulzeit verantwortlich. Darunter fällt z.B. die Behandlung von Verletzungen oder die Erstdiagnose und, falls notwendig, die Therapie von akut oder schon länger bestehenden Erkrankungen. Gegebenenfalls führt sie den Schüler einer zielgerichteten Weiterbehandlung außerhalb der Schule zu.

◆ Screeninguntersuchungen

Die School Nurse erhebt mindestens einmal jährlich den Gesundheitszustand der Schüler. Im Zuge der Screeninguntersuchungen werden Größe, Gewicht, Seh- und Hörvermögen sowie die körperliche Konstitution mit dem Ziel dokumentiert, etwaige auftretende Probleme (z. B. Übergewicht) frühzeitig zu erkennen und darauf zu reagieren. Die School Nurse kann hierzu auf die seit der Geburt des Schülers im lokalen Gesundheitszentrum angelegte Krankenakte zugreifen und führt diese bis zum Ende der Schulzeit fort.

◆ Gesundheitsförderung und Prävention

Der Aufgabenbereich der School Nurse im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ist mannigfaltig. Hierbei kann sie auf drei verschiedenen Ebenen ansetzen: auf Ebene eines einzelnen Schülers, auf Ebene einer Schülergruppe (Klasse) und auf Ebene der Schule. Auf der Individualebene informiert, berät und hilft die School Nurse Schülern im Umgang und bei der Verarbeitung von Problemen wie z. B. unglückliche Liebesbeziehungen, plötzlichen Arbeitslosigkeit eines Elternteils, Trennung der Eltern. In diesem Kontext stehen vor allem soziale und psychische Aspekte der Schüler im Vordergrund. Auf der Klassenebene klärt sie die Schüler über die klassischen gesundheitsfördernden Themen wie Sexualität, Drogen, Ernährung und Unfallvermeidung auf. Zusätzlich behandelt sie aktuelle/bedarfsorientierte von Schülern und Lehrern aufgebrachte Themen. Auf Schulebene veranstaltet sie z. B. Projekt-tage zum Thema HIV, bemüht sich aber auch z. B. um die gesundheitliche Ausrichtung der Schulküche.

◆ Integration von Schülern mit chronischen Krankheiten mit Hilfe von Case-Management

Die School Nurse hilft Schülern mit chronischen Krankheiten (z. B. Asthma, Diabetes) sich in den Schulalltag zu integrieren. Einerseits vermittelt sie den betroffenen Schülern, Lehrer und Eltern durch ihre Anwesenheit in der Schule ein Sicherheitsgefühl, andererseits steht sie bei etwaigen auftretenden

23 Vgl. Wild, M. (2007). Pflege (in) der Familie – Umsetzung der Family Health Nurse in Österreich. Österreichische Pflegezeitschrift 10/07; WHO (2000): Die Familien-Gesundheitsschwester, Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum.

24 Vgl. Wild, M. (2007). Pflege (in) der Familie – Umsetzung der Family Health Nurse in Österreich. Österreichische Pflegezeitschrift 10/07.

25 Vgl. Kocks, A. (2008): Schulgesundheitspflege, Die Rolle der schwedischen School Health Nurse und das Thema Gesundheit im Setting Schule. Pflege & Gesellschaft, 13. Jg., 246–260.

26 Vgl. ebenda.





den Fragen und Problemen mit „Rat und Tat“ zur Verfügung. Darüber hinaus stimmt die School Nurse z. B. das Essen in der Mensa auf die Erkrankung ab, veranlasst notwendige bauliche Maßnahmen in der Schule und klärt mit Zustimmung des betroffenen Schülers die Klasse über seine Krankheit auf.

◆ **Zugang zu vulnerablen Gruppen**

Die School Nurse unterliegt wie ein Arzt der Schweigepflicht und genießt ein sehr großes Vertrauen unter den Schülern. Dadurch gelingt es ihr, auch vulnerable Gruppen wie z. B. misshandelte, missbrauchte oder vernachlässigte Schüler zu erreichen. Die School Nurse ist in Schweden gesetzlich verpflichtet, diese vulnerablen Gruppen zu identifizieren.

◆ **Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Für die School Nurse ist die Zusammenarbeit mit den Lehrern ein wichtiger Bestandteil ihrer Arbeit, weil die Lehrer in der Regel wesentlich mehr Zeit mit den Schülern verbringen als sie selbst. In der interdisziplinären Zusammenarbeit erarbeiten sie für einzelne Schüler und Schülergruppen sowie für in der Schule auftretende Probleme Lösungen.

Der Aufgabenbereich von School Nurses in anderen Ländern wie Großbritannien und den USA ist über weite Strecken deckungsgleich mit jenem in Schweden.

Versorgungsqualität:

Eine Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen zeigt, dass sich das von den School Nurses erbrachte Case-Management zur Integration von Schülern mit chronischen Krankheiten sehr positiv auf diese auswirkt. Es konnte sowohl eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität als auch eine Verbesserung der schulischen Leistungen bei den betroffenen Schülern beobachtet werden.²⁷

Implikationen für Österreich:

Das Berufsbild der School Nurse existiert derzeit in Österreich nicht. Die School Nurse genießt durch ihre vollwertige Integration in den schulischen Alltag eine hohe Akzeptanz und ein großes Vertrauen seitens der Schüler und Lehrer. Sie fungiert als zentraler Ansprechpartner für jegliche gesundheitlichen Belange, ist für Gesundheitsförderung und Prävention zuständig und stellt eine Art Gesundheitsmanager für Schüler dar. Eine derartige zentrale Ansprechperson wäre auch an Österreichs Schulen eine interessante Option, um schon frühzeitig die Gesundheit von Kindern zu stützen. Das österreichische Schulärzteswesen geht zwar in diese Richtung, nimmt aber keine derartig integrierte Stellung im Schulalltag ein, was sich auch im deutlich eingeschränkteren Anforderungsprofil ausdrückt. So sind Schulärzte weder solange verfügbar noch können sie die umfassenderen sozialen Aufgaben einer School Nurse übernehmen.

Nurse Practitioner

Das Berufsbild des Nurse Practitioners ist ein integraler Bestandteil des medizinisch-pflegerischen Versorgungssystems in Großbritannien, in den skandinavischen Ländern, in den Niederlanden und in den USA. Bei Nurse Practitioners handelt es sich um akademisch ausgebildetes Pflegepersonal, welches größtenteils über eine weiterführende Spezialisierung (z. B. Allgemeinmedizin, Geriatrie, Psychiatrie verfügt). Nurse Practitioners agieren in ihrer Rolle quasi als Intermediäre zwischen Ärzten und „normalem“ Pflegepersonal. Sie stellen oft die erste Anlaufstelle für Patienten dar und überweisen diese erst bei komplizierten Krankheitsbildern an einen Arzt.

Funktionen:

Der Funktionsbereich der Nurse Practitioners variiert in den einzelnen Ländern. In der Regel arbeiten sie weitgehend autonom und eigenständig. Die Substitution ärztlicher Leistungen und die Übernahme ärztlicher Aufgaben gehören explizit zu ihrem Funktionsbereich. Im nun Folgenden werden die Funktionen von Nurse Practitioners am Beispiel von Großbritannien und den USA, in denen dieses Berufsbild die längste Tradition hat, näher erläutert:²⁸

- ◆ Assessment, Anamnese, körperliche Untersuchung
- ◆ Diagnostik und Behandlung akuter Krankheiten, Infektionen und Verletzungen
- ◆ Diagnostik, Behandlung und Monitoring chronischer Krankheiten (z. B. Diabetes, Hypertonie)
- ◆ Anforderungen, Durchführung und Interpretation von diagnostischen Tests (z. B. Labor, Röntgen, EKG)
- ◆ Verschreibung von Medikamenten und Behandlungen (z. B. Physiotherapie)

27 Vgl. z. B. Bonaiuto, M. M. (2007): School Nurse Case Management: Achieving Health and Educational Outcomes. *Journal of School Nursing* 23, 4, 202–209; Engelke, M. K., et al. (2008): School Nurse Case Management for Children With Chronic Illness: Health, Academic, and Quality of Life Outcomes. *Journal of School Nursing* 24, 4, 205–214; Engelke, M. K., et al. (2009): Defining, Delivering, and Documenting the Outcomes of Case Management by School Nurses. *Journal of School Nursing* 25, 6, 417–426.

28 Vgl. Daly, W. M., Carnwell, R. (2003): Nursing Roles and Levels of Practice: A Framework for Differentiating Between Elementary, Specialist and Advanced Nursing Practice. *Journal of Clinical Nursing* 12, 158–167; Sachs, M. (2007): „Advanced Nursing Practice“ – Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 12. Jg., 101–117.



- ◆ Gesundheitsförderung und Prävention
- ◆ Erstellung von Pflegeplänen
- ◆ Gatekeeper-Funktion

Prinzipiell genießen die Nurse Practitioners in den USA im Vergleich zu den anderen Ländern die größte Handlungsfreiheit. Eine aktuelle Untersuchung aus den USA zeigt jedoch, dass die Kompetenzen von Nurse Practitioners zwischen den einzelnen Bundesstaaten stark variieren. In einigen Bundesstaaten z. B. dürfen Nurse Practitioners Medikamente eigenverantwortlich verschreiben, in anderen wiederum nicht. Ähnlich verhält es sich mit der Möglichkeit, als Selbstständige eine eigene Praxis zu betreiben, was nicht in allen Bundesstaaten möglich ist. Nicht zuletzt aufgrund des Personalmangels in der Primärversorgung wird derzeit über eine Ausweitung der Kompetenzen für Nurse Practitioners diskutiert, vor allem in den Bundesstaaten, in denen die Nurse Practitioners bis jetzt eine sehr eingeschränkte Handlungsfreiheit besitzen.²⁹ Hierbei wäre allerdings kritisch anzumerken, dass Personalmangel alleine keine gute Richtschnur ist, sondern sichergestellt sein muss, dass ausreichende Ausbildung und Qualifikation vorhanden ist.

Versorgungssetting und Arbeitsverhältnis:

In Großbritannien wie auch in den USA sind Nurse Practitioners sowohl in der Primär- als auch in der Sekundärversorgung tätig. In der Primärversorgung, was zu ihrem Hauptfunktionsgebiet gehört, sind sie vorwiegend in Praxen (Großbritannien und USA), in Managed Care Organizations (USA), in Personal Medical Centers (Großbritannien) und in NHS Walk-in Centers (Großbritannien) tätig. In der Regel basiert ihre Arbeit auf einem Angestelltenverhältnis; in einigen Bundesstaaten der USA bietet sich die Möglichkeit zur Selbstständigkeit (siehe oben).³⁰

Versorgungsqualität:

Eine Reihe von wissenschaftlichen Studien³¹ untersucht, ob und inwieweit ein Unterschied in der Versorgungsqualität und Versorgungszufriedenheit zwischen Nurse Practitioners und (Allgemein-)Ärzten existiert. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass Nurse Practitioners die Patienten mit mindestens gleicher Qualität versorgen wie (Allgemein-)Ärzte. Es konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Patienten, der Verschreibung von Medikamenten, der Anzahl an Konsultationen und Überweisungen gefunden werden. Bei der Patientenzufriedenheit genießen die Nurse Practitioners einen Vorsprung gegenüber den (Allgemein-)Ärzten. Die Studien zeigen, dass sich Nurse Practitioners gewöhnlich mehr Zeit für die Patienten nehmen, sie umfassender über die Behandlungs- und Therapieformen aufklären. Das alles zusammen bedingt eine sehr hohe Patientenzufriedenheit und eine bessere Compliance der Patienten. Zu beachten ist natürlich, dass das Aufgabengebiet nur überschneidend, aber nicht kongruent ist. Dennoch erscheint es überlegenswert, auch hierzulande eine Aufgabenteilung zu überlegen. In Deutschland existiert beispielsweise ein entsprechendes Projekt.

Exkurs: Projekt AGnES in Deutschland:

Der Grundgedanke hinter dem AGnES³²-Konzept ist die Arztentlastung durch die Delegation ärztlicher Leistungen auf speziell qualifizierte/weitergebildete nicht-ärztliche Fachkräfte (z. B. Pflegefachkräfte, medizinische Fachangestellte) des Praxisteam, insbesondere im Rahmen von Hausbesuchen. Die AGnES-Fachkraft ist dabei als Mitarbeiterin des Praxisteam direkt an die Hausarztpraxis angebunden und übernimmt nach Anweisung des Hausarztes und in seiner Delegation vorbeugende, beratende, betreuende und therapieüberwachende Tätigkeiten. Ziel des AGnES-Konzepts ist es, den Hausärzten in Gebieten mit drohender oder bereits existierender hausärztlicher Unterversorgung die Versorgung eines größeren Patientenstammes und/oder einer größeren Region zu ermöglichen.³³ Auf Basis des AGnES-Konzepts

29 Vgl. Fairman, J. A., et al. (2011): Broadening the Scope of Nursing Practice. New England Journal of Medicine 364, 3, 193–196.

30 Vgl. Sachs, M. (2007): „Advanced Nursing Practice“-Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. Pflege & Gesellschaft, 12. Jg., 101–117; Fairman, J. A., et al. (2011): Broadening the Scope of Nursing Practice. New England Journal of Medicine 364, 3, 193–196.

31 Vgl. z. B. Bourbonniere, M., et al. (2002): Advanced Practice Nursing in the Care of Frail Older Adults. Journal of the American Geriatric Society 50, 12, 2062–2076; Brooten, D., et al. (2004): Quality and the Nursing Workforce: APNs, Patient Outcomes and Health Care Costs. Nursing Outlook 52, 1, 45–52; Horrocks, S., et al. (2002): Systematic Review of Whether Nurse Practitioners Working in Primary Care Can Provide Equivalent Care to Doctors. BMJ 324, 819–823; Knudtson, N. (2000): Patient Satisfaction with Nurse Practitioner Service in a Rural Setting. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 12, 10, 405–412; Mundinger, M., et al. (2000): Primary Care Outcomes on Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians. JAMA 283, 1, 59–68; Seale, C., et al. (2005): Comparison of GP and Nurse Practitioner Consultations: an Observational Study. British Journal of General Practice 55, 938–943; Seale, C., et al. (2006): Treatment Advice in Primary Care: a Comparative Study of Nurse Practitioners and General Practitioners. Journal of Advanced Nursing 54, 5, 534–541.

32 AGnES steht für Arztentlastende, Gemeindeförderung, E-Health-Gestützte, systemische Intervention.

33 Vgl. van den Berg, N., et al. (2007): Community Medicine Nurses- Arztunterstützung in ländlichen Regionen. Pflege & Gesellschaft 12. Jg., 118–134; van den Berg, N., et al. (2009): AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. Deutsches Ärzteblatt Jg. 106, Heft 1–2, 3–9; Universitätsklinikum Greifswald (2009): Bewertungsausschuss bestätigt AGnES-Konzept. Medieninformation 20. März 2009.





liefen zwischen 2005 und 2008 Modellprojekte in den Deutschen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Aufgrund der großen Akzeptanz des Konzepts sowohl auf Seiten der Hausärzte als auch auf Seiten der Patienten verständigten sich 2009 der Spitzenverband der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf die Umsetzung des AGnES-Konzepts in die Regelversorgung, wobei es aber auf Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf beschränkt bleibt.³⁴ Die im Rahmen eines Hausbesuchs von einer AGnES-Fachkraft durchgeführten Tätigkeiten können in drei Leistungsbereiche unterteilt werden:³⁵

- 1) Die **Tätigkeiten des Grundleistungskomplexes** werden bei jedem Hausbesuch bei jedem Patienten durchgeführt. Hierzu zählt einerseits die standardisierte, umfassende Einschätzung und Beurteilung des Gesundheitszustandes und andererseits die Ausführung der delegierten ärztlichen Leistungen (z. B. Erhebung diagnostischer Parameter, einfache Labortests, Durchführung therapeutischer Maßnahmen).
- 2) Die **indikationsspezifischen Tätigkeiten** werden entsprechend nur bei Patienten mit spezifischer Indikation durchgeführt. Dazu gehörten z. B. Palliativmedizin oder geriatrisches Assessment.
- 3) Die **weiteren Tätigkeiten** dienen der Verbesserung der Mitwirkungsbereitschaft der Patienten bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, der Prävention und der Überwachung. Unter diese Tätigkeiten fallen z. B. Medikamentenmonitoring, Sturzprävention und Telecare.

Bei einem Vergleich zwischen den Tätigkeitsprofilen der oben beschriebenen Nurse Practitioners und den AGnES-Fachkräften zeigt sich, dass die AGnES-Fachkräfte über deutlich eingeschränkte Kompetenzen verfügen. Man könnte sagen, hierbei handelt es sich um „Nurse Practitioners light“.

Implikationen für Österreich:

Das Berufsbild eines Nurse Practitioners existiert derzeit in Österreich nicht, scheint aber nach obiger Analyse durchaus verfolgenswert. Das Konzept des Nurse Practitioners basiert auf einem erweiterten Kompetenz- und Aufgabenbereich des Pflegepersonals verbunden mit einem hohen Maß an Eigenständigkeit und Eigenverantwortung. Es spiegelt dabei die Weiterentwicklung von Pflegeberufen, welche sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren, wider. Eine Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen belegt, dass die Qualität der Patientenversorgung durch Nurse Practitioners ebenso gut wie durch Allgemeinärzte ist und Patienten in diesem Zusammenhang vor allem die intensivere Interaktion zwischen ihnen und den Nurse-Practitioners schätzen.

Eine Umsetzung des Nurse-Practitioner-Konzepts im österreichischen Gesundheitswesen, welches die Diagnose und Behandlung von Krankheiten sowie die Verschreibung von Medikamenten einschließt, ist derzeit allein aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen nicht möglich. Gegenwärtig obliegt die Krankenbehandlung in sämtlichen Bereichen den Ärzten. Die Etablierung von Nurse Practitioners in Österreich erscheint aufgrund der gesellschaftlichen, gesundheits- und berufspolitischen Einflussnahme eher unrealistisch. Der Einsatz von „Nurse Practitioners light“ nach deutschem Vorbild könnte hingegen durchsetzbar sein. Ein weiteres Betätigungsfeld von derartigen „Nurse Practitioners light“ im Österreichischen Gesundheitswesen könnte im Bereich von Case- und Disease-Management liegen.

Nursing Home Physician

Das Berufsbild des Nursing Home Physician hat sich im österreichischen Pflegewesen noch nicht etabliert. Die Niederlande sind eines von wenigen Ländern, in denen Nursing Home Physicians eingesetzt werden und das einzige Land, in dem Pflegeheimarzt eine eigene medizinische Fachrichtung ist.³⁶

Zu den Tätigkeiten von Nursing Home Physicians zählen neben der Diagnose, der Behandlung und dem Monitoring von Krankheiten wie z. B. Demenz, Hirnschlag, neurologischen und orthopädischen Erkrankungen vor allem die Organisation und Koordination der Pflege und die eingehende Kommunikation mit Patienten und deren Angehörigen.³⁷ Fasching beschreibt das Tätigkeitsprofil ähnlich: Bei einem Nursing Home Physician sollte es sich um einen Arzt der Allgemeinmedizin und/oder Facharzt für innere Medizin mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Geriatrie und der Betreuung chronisch Kranker handeln. Er sollte in seiner Tätigkeit als medizinischer Case Manager agieren und dabei die medizinische Betreuung, die rehabilitativen Maßnahmen und die medizinische Pflege koordinieren.³⁸

34 Vgl. ebenda.

35 Vgl. ebenda.

36 Vgl. Hoek, J. F., et al. (2003): The Role of the Specialist Physician in Nursing Homes: The Netherlands' Experience. International Journal of Geriatric Psychiatry 18, 244–249.

37 Vgl. ebenda.

38 Vgl. Fasching, P. (2007): Der Heimarzt – Ein Modell zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung in Pflegeheimen. Ethik in der Medizin 19, 313–319.



Versorgungsqualität:

In den Niederlanden trägt der Einsatz von Nursing Home Physicians zu einem Anstieg der medizinischen Versorgungsqualität, zu einer verbesserten Kommunikation zwischen Heimbewohnern und Ärzten sowie zu einer schnelleren und besseren Diagnostik von Erkrankungen und gesundheitlichen Problemen bei.³⁹

Implikationen für Österreich:

Eine auf oberösterreichische Alten- und Pflegeheime fokussierte Studie zeigt, dass die medizinische Versorgung in den oberösterreichischen Pflegeheimen primär durch niedergelassene Ärzte per Visite erfolgt. Dabei bewegt sich die Zahl der visitierenden niedergelassenen Hausärzte in den Pflegeheimen zwischen 3 und 25, wobei sie im städtischen Raum besonders hoch ist. Die Pflegeheime und ihr Stammpersonal sehen sich durch diesen Umstand mit einer Reihe unterschiedlicher Behandlungskonzepte und Gewohnheiten der visitierenden Ärzte konfrontiert, was die Betreuung von Patienten unstetig und die Koordination der Visiten zeitaufwendig werden lässt. Ein anderes in diesem Zusammenhang immer wieder thematisiertes Problem ist die schwere Erreichbarkeit an Tagesrandzeiten und am Wochenende von niedergelassenen Ärzten bei Akut- und Notfällen.⁴⁰

Der Einsatz von fixangestellten Nursing Home Physicians erscheint in diesem Zusammenhang erstrebenswert. Er könnte die kontinuierliche ärztliche Betreuung gewährleisten und damit die Qualität der Betreuung in den Pflegeheimen steigern. Außerdem könnte die Anzahl der Einweisungen in Krankenhäuser reduziert werden, weil durch die kontinuierliche Präsenz eines Arztes gesundheitliche Verschlechterungen frühzeitig erkannt und behandelt werden können und spezielle Behandlungsbedarfe, welche derzeit noch einen Transfer ins Krankenhaus erfordern, vor Ort abgedeckt werden können.⁴¹

Die Bedeutung des Berufsbilds des Nursing Home Physicians wird in Zukunft deutlich steigen, weil sich der Fallmix in den österreichischen Pflegeheimen hin zu immer schwerer pflegebedürftigen Personen verlagert. Das bedingt, dass die permanente Anwesenheit eines Arztes zur Betreuung der Heimbewohner immer wichtiger werden wird.

Fazit

Fazit

Das Personal im Gesundheitswesen ist seine wichtigste Ressource. Gleichzeitig dauert die Ausbildung in den Gesundheitsberufen relativ lange. Daraus entsteht die Notwendigkeit, frühzeitig Engpässe zu erkennen und ihnen zu begegnen. Umso mehr verwundert, dass für viele medizinische Berufe keine quantitative Information vorliegt. Hier wäre eine weitere Verbesserung der Statistik notwendig.

Gut ist die Informationslage vor allem bezüglich der Ärzte, die in Österreich wie in kaum einem anderen Land eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung einnehmen. Zahlreiche Berufsbilder, die das des Arztes ergänzen, sind in Österreich gar nicht vorgesehen. Mit einer sinnvollen Arbeitsteilung und Differenzierung kann man jedoch Kosten sparen und gleichzeitig die Qualität heben, indem eine intensivere Betreuung der Patienten ermöglicht wird und sich der Arzt auf die Ausübung der in seiner aufwändigen Ausbildung erworbenen Kenntnisse konzentrieren kann. In Hinblick auf die demographische Entwicklung brauchen sich Ärzte dabei wohl auch nicht vor Verdrängung durch andere Berufsgruppen fürchten. Entsprechende Modelle eines Nurse Practitioners zeigen auch in der Empirie ihre Vorteile, da sich Nurse Practitioners in Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Arzt intensiver dem Patienten widmen können und dadurch Compliance und Zufriedenheit steigen. Auch der Bereich Public Health Nursing zeigt interessante Aspekte, die der derzeitigen Debatte um mehr Vorsorge und einen breiteren Gesundheitsansatz Impulse geben können.

Durch die Aufwertung von anderen Gesundheitsberufen und die Einführung stärkerer Differenzierung könnte auch die Arbeitszufriedenheit dieser Berufe und damit der Verbleib im Beruf steigen. Wichtig erscheint dabei, dass die Kompetenzen einerseits ausbildungsadäquat erteilt werden, um die Qualität der Versorgung nicht zu senken, und diese andererseits nach entsprechender beruflicher Erfahrung weitgehend selbstständig ausgeübt werden können, da ansonsten eine Duplizierung des Aufwands oder zumindestens eine unsichere rechtliche Lage entstehen.

Entsprechende Konzepte und ein gewisses Umdenken wird auch deshalb notwendig sein, weil wie in anderen Ländern wohl auch in Österreich der Zuwachs an qualifiziertem Personal mit der Zahl der Betreuungsbedürftigen in den nächsten Jahrzehnten nicht mithalten können.

39 Vgl. Hoek, J. F., et al. (2003): The Role of the Specialist Physician in Nursing Homes: The Netherlands' Experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18, 244–249; Scholes, J. M., et al. (2004): Nursing Home and Nursing Home Physician: The Dutch Experience. *Journal of the American Medical Directors Association* 5, 3, 207–212.

40 Vgl. Mayr, M., Lehner, M. (2008): Stationäre Versorgung älterer Menschen in Oberösterreich, Versorgungsnetzwerke und -prozesse. Kurzbericht, FH OÖ Forschungs und Entwicklungs GmbH, Fakultät für Gesundheit und Soziales.

41 Vgl. Fasching, P. (2007): Der Heimarzt – Ein Modell zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung in Pflegeheimen. *Ethik in der Medizin* 19, 313–319; Mayr, M., Lehner, M. (2008): Stationäre Versorgung älterer Menschen in Oberösterreich, Versorgungsnetzwerke und -prozesse. Kurzbericht, FH OÖ Forschungs Entwicklungs GmbH, Fakultät für Gesundheit und Soziales.

